

APLICACIÓN DE LA TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD RESISTENTE AL TRATAMIENTO: UN ESTUDIO DE CASO CON SEGUIMIENTO A LOS 24 MESES

José Heliodoro Marco*,
Azucena García Palacios**,
Mariví Navarro**
y Cristina Botella**

Resumen

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) asociado a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) implica un peor pronóstico en el tratamiento. Un programa de tratamiento que ha demostrado eficacia empírica es la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC). El objetivo de este trabajo es ofrecer datos de un estudio de caso en el que se aplica esta intervención a una persona diagnosticada de Anorexia Nerviosa (AN) y TLP resistente a los tratamientos. Se aplicó un tratamiento de TDC y posteriormente un Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC) para AN. Los resultados indican una disminución de las conductas desadaptativas de regulación del afecto, auto-lesiones, intentos de suicidio, mejora del estado de ánimo y la normalización del peso, manteniéndose en el seguimiento a 24 meses.

Palabras clave: terapia dialectico comportamental, trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa.

Key words: dialectical behavior therapy, borderline personality disorder, eating disorders, anorexia nervosa.

Introducción

El TLP afecta a alrededor de un 2% de la población general, aproximadamente al 10% entre los sujetos atendidos en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados (Selva, Bellver y Carabal,

2005). El TLP aparece frecuentemente de forma comórbida con los TCA. Las pacientes con AN y TLP presentan una mayor frecuencia de atracones, vómitos, intentos de suicidio, síntomas ansioso-depresivos, mayores dificultades de integración social y de adherencia a los tratamientos (Matsunaga, Kiriike, Nagata y Yamagami, 1998; Mahon, 2000). Respecto al tratamiento de los TCA la TCC cuenta con un fuerte apoyo empírico (APA, 2006; Pike, Devlin y Loeb, 2003). Sin embargo la TCC no es la panacea (Murphy, Straebl, Cooper y Fairburn, 2010), no es el tratamiento de elección en el caso de la presencia de estados psicóticos, depresión grave, alto riesgo de suicidio y abuso de sustancias (Fairburn, Peveler, Jones, Hope y Doll, 1993) y la presencia de trastornos de personalidad del cluster B son indicativos de pocas posibilidades de mejora. Lo que estos re-

* José Heliodoro Marco. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento en Ciencias de la Salud. Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". España

** Azucena García Palacios, Cristina Botella y Mariví Navarro. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Jaume I de Castellón. España

E-Mail: joseheliodoro.marco@ucv.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 121-128

© 2012 Fundación AIGLE.

sultados nos ponen de manifiesto es que la TCC no está diseñada para recoger específicamente estos aspectos y, por tanto, habrá que completarla con otros enfoques o técnicas. Por este motivo, desde diferentes instituciones (Bruce y Steiger, 2005; APA, 2006) se recomiendan intervenciones focalizadas en el rasgo en pacientes con TLP. Recientemente se ha adaptado la TCC para los TCA extendiéndola hacia aspectos como el perfeccionismo, los problemas interpersonales y la autoestima (Fairburn, Cooper y Doll, 2009) y a las alteraciones de la imagen corporal (Perpiñá, Marco, Botella y Baños, 2004).

En las pacientes con comorbilidad (TCA junto con TLP), las conductas alimentarias restrictivas, las conductas purgativas y los atracones constituirían, en parte, intentos desadaptativos de regular las emociones intensas propias del TLP (García Palacios, Navarro, Guillen, Marco y Botella, 2010). Uno de los programas de tratamiento que ha recibido mayor apoyo empírico en numerosos estudios controlados para el TLP, es la TDC (Linehan, McDavid, Brown, Sayrs y Gallop, 2008; Linehan y cols., 2006; Soler y cols., 2005; Van den Bosch, Koeter, Stijnene, Verheul y Van den Brink, 2005). En esta línea, recientemente desde diferentes grupos de investigación, se han realizado estudios donde se ha aplicado la TDC a los TCA, concretamente a la Bulimia Nerviosa (BN) y al trastorno por atracón (p. ej., Chen, Matthews, Allen Kuo y Linehan, 2008; García-Palacios y cols., 2010).

El objetivo del presente trabajo es describir la aplicación de la DBT en una paciente con un diagnóstico de TLP con AN, de 15 años de evolución a la que se le han aplicado varios tratamientos TCC centrados en el TCA sin obtener los resultados esperados. Presentamos resultados al final del tratamiento y a los 24 meses de seguimiento.

Método

Descripción de la participante

Mujer, 40 años, divorciada y con 1 hijo. Presentaba los siguientes diagnósticos (DSM-IV-TR, APA, 2000) y características clínicas:

Eje I: F 50.0 Anorexia Nerviosa tipo purgativo [307.1], F 43.1 Trastorno de estrés postraumático [309.81], F 14.1 Abuso de Cocaína [305.30], F 13.1 Abuso de sedantes [305.4]

Eje II F60.31 Trastorno Límite de la Personalidad [301.83]

La paciente presentaba ideación suicida, con 2 intentos en los últimos 6 meses y conductas autolesivas semanales. El Trastorno Estrés Postraumático (TEP) fue originado por la muerte repentina de su

hijo de 5 años. Su patrón de alimentación era restrictivo y desestructurado, presentaba abuso de laxantes y diuréticos. Su Índice de Masa Corporal (IMC) era 17,5

El ambiente familiar de origen es claramente invalidante a nivel emocional, caracterizado por explosiones emocionales y castigos incongruentes y desproporcionados. En la adolescencia tenía sobrepeso y a los 14 años se produce el inicio de la AN. A los 18 inicia el abuso de la cocaína y conductas autolesivas. A los 25 años fallece su hijo de 5 años produciéndose una agudización de la AN, alcanzando su peso mínimo (IMC de 16). Tras una ruptura sentimental inicia una fase de falta de control con los impulsos, consumo de sustancias, compras compulsivas, cortes en los brazos y piernas, intentos de suicidio y sobremedicación que se mantiene hasta la actualidad. La paciente había recibido TCC centrada en el TCA, en la sintomatología suicida y para el TEP en varios servicios de asistencia psicológica, sin producirse una remisión de la sintomatología. El tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación era: Topiramato, Alprazolam y Risperidona.

Los Instrumentos de evaluación utilizados para el estudio son:

- “Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV” (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II*; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999). Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa la presencia de trastornos de la personalidad siguiendo los criterios DSM-IV-TR (APA, 2000).
- “Entrevista clínica de los Trastornos Alimentarios” (Perpiñá, Botella y Baños, 2006). Entrevista basada en los criterios del DSMIV para establecer el diagnóstico y las historia del TCA.
- “Inventario de información clínica relevante”. Confeccionada para esta investigación, recoge ingresos hospitalarios, intentos de suicidio, conductas parasuicidas, uso y frecuencia de tóxicos, conductas desadaptativas de control del afecto y la Escala Evaluación Actividad Global (EEAG) (APA, 2000). Es completada por el clínico.
- “Inventario para la Depresión de Beck II” (*Beck Depression Inventory-II, BDI-II*; Beck, Steer y Brown, 1996). Valora sintomatología depresiva y nos ofrece un punto de corte. Ofrece buenas propiedades psicométricas en su versión española (Sanz, Navarro y Vazquez, 2003).
- “Cuestionario de Ansiedad Rasgo” (*State Trait Anxiety Inventory, STAI*; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983). Contiene

dos escalas con 20 ítems: La ansiedad rasgo y la ansiedad estado. En nuestro trabajo solo se incluye la ansiedad rasgo. Dispone de buenas propiedades psicométricas (Spielberger, Reheiser, Ritterband, Sydeman y Under, 1995).

f. "Índice de Calidad de Vida (ICV)". (Mezzich, Ruipérez, Pérez, Yoon, Liu y Mahmud, 2000). El índice incluye 10 ítems tipo likert con una escala de 1 a 10. Los ítems representan el constructo de calidad de vida. Presenta buenas características psicométricas (Mezzich y cols., 2000).

g. "Escala de Impulsividad de Barratt" (*Barratt Impulsiveness Scale*, BIS- 11; Barratt, 1985). Inventario de 30 ítems tipo Likert de 4 puntos. Presenta buenas características psicométricas (Barratt, Stanford, Kent y Felthous, 1997).

h. "Cuestionario de control de la ansiedad (*Anxiety Control Questionnaire*, ACQ; Rapee, Craske, Brown y Barlow, 1996). Autoinforme que evalúa el control percibido por la paciente de las emociones. Tiene 3 escalas: Control Emocional, Control Miedo y Control Estrés.

i. "Escala de Restricción". (*Restraint Scale*; Herman y Polivy, 1988). Autoinforme que evalúa presencia de patrones de alimentación característicos de la AN. Fiabilidad test retest de 0,93.

Diseño

Es un estudio piloto de caso único con tres momentos de evaluación; antes de empezar, al finalizar el tratamiento y a los 24 meses de haber terminado el mismo.

Tratamiento

El programa de tratamiento aplicado en este trabajo fue la TDC estándar (Lineham, 1993). Consiste en una combinación de intervenciones que se realizar de forma paralela: terapia individual y Taller de Habilidades de Regulación emocional (THRE) en grupo.

Terapia individual

La TDC tiene como objetivos fundamentales los siguientes que se abordan una jerarquía de prioridades (García Palacios y cols., 2010):

Reducción de las conductas suicidas y parasuicidas: intentos de suicidio, crisis de conductas suicidas, ideación e imágenes suicidas o no deseo de vivir, amenazas de suicidio.

a. Reducción de las conductas que interfieren en la terapia: no asistencia, no colaboración en sesión, venir a consulta habiendo consumido

drogas o alcohol (esto ocurrió en 3 ocasiones); eliminación de conductas que interfieren con otros pacientes (grupo) como era consumir drogas juntas, realizar conductas impulsivas y delictivas conjuntamente, establecer relaciones interpersonales con conocidos, y eliminación de conductas que desgastan al terapeuta (amenazas, resistencias, negación, explosiones emocionales en consulta, etc.).

b. Reducción de las conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente: el abuso de sustancias (cocaína y alcohol), abuso de medicación psiquiátrica (utilizaba los sedantes como vías de escape); eliminación de conductas sexuales de alto riesgo (tenía episodios de impulsividad en las relaciones de pareja); eliminación de las conductas ilegales; normalización de las relaciones interpersonales muy disfuncionales; modificación de conductas laborales disfuncionales (cambio frecuente de trabajo, abandono de obligaciones y ausentismo laboral). En este punto también se abordaron las conductas de enfermedad disfuncionales y cuidados básicos. Principalmente con esta paciente se trabajó el problema de la AN. Desde el modelo de la TDC presentamos la AN como un problema que interfiere en la calidad de vida de las pacientes (al igual que los antes comentados) y que reduce claramente la posibilidad de obtener una buena calidad de vida. Citando a Lineham (1993) "para que una paciente quiera vivir, hemos de crear vidas y estilos de vida que merezcan la pena ser vividas" y el TCA, en estas pacientes, es una forma más de reducir su calidad de vida.

c. Así pues, la mayoría de la sintomatología de la AN se trataría como un problema que interfiere en su calidad de vida y se le da la opción a la paciente de cambiarlo o no. Esta actitud se mantiene durante toda la intervención con TDC (Lineham, 1993). Se espera, claro está, que en la medida en que la paciente va retomando el control de la impulsividad, se reduzca la inestabilidad emocional y perciba autocontrol emocional y conductual y vaya creando esta "nueva vida que merece la pena ser vivida" el TCA deja de ser funcional y la paciente permite que interviengamos en él de la misma forma que el resto de problemas que interfieren en su calidad de vida. Pero para llegar este punto, previamente la paciente tiene que aprender una serie de habilidades comportamentales y de regulación emocional de las cuales carece.

d. Aumentar habilidades comportamentales. Entrenamiento y práctica de las estrategias básicas del tratamiento que han adquirido en el Taller de Habilidades de Regulación Emocional.

Los temas a tratar en las sesiones de terapia individual se estructuran a partir de la información que el paciente recoge en un diario, estableciéndose los objetivos específicos en función de la jerarquía de prioridades. Las principales estrategias que se utilizaron en el tratamiento individual fueron: revisar el diario TDC en cada sesión; Análisis conductual de la situación asociada a la jerarquía de objetivos; Solución de problemas: entrenamiento/aplicación de técnicas cognitivo-comportamentales y técnicas aprendidas en el THRE. Se realizaron análisis funcionales de las conductas alimentarias (restricción alimentaria, purgas, pérdida de peso, abuso de laxantes y diuréticos, etc.) para comprender qué factores mantienen estas conductas e introducir y aprender técnicas para disminuirlas. Se le explicó el modelo de la TDC y la funcionalidad del TCA, así como la posibilidad de incluir el tratamiento de la AN dentro de la jerarquía de metas. Sin embargo la paciente no aceptó al inicio de la intervención, sólo después de realizar el THRE la paciente aceptó recibir la TCC para la AN.

El mismo procedimiento se utilizó con otras conductas que interferían en la calidad de vida de la paciente: el aislamiento social, sobremedicación, relaciones de parejas impulsivas y disfuncionales, organización personal, abuso de sustancias y búsqueda de empleo.

Terapia de grupo

El grupo de THRE consistió en un módulo inicial de orientación al tratamiento (una sesión) y cuatro módulos de entrenamiento en habilidades: 1) entrenamiento en atención plena o Mindfulness (tres sesiones); 2) entrenamiento en técnicas de regulación emocional (14 sesiones); 3) entrenamiento de técnicas de tolerancia al malestar (dos sesiones); y 4) entrenamiento en técnicas eficacia interpersonal (cuatro sesiones). Este programa fue adaptado en 24 sesiones (García-Palacios y cols., 2010), siguiendo el programa original (Lineham, 1993).

Procedimiento

Se realizaron 2 sesiones de evaluación: se estableció el diagnóstico mediante la SCID-II y la Entrevista de TCA (Perpiñá y cols., 2006). Completaron el protocolo de evaluación compuesto de las medidas de autoinforme y el Inventario de información clínica relevante.

El tratamiento tuvo una duración de 6 meses y fue realizado por terapeutas expertos en TDC en el Centro Clínico PREVI. El tratamiento individual consistió en una sesión de 60-90 minutos semanales y paralelamente se realizó el THRE en sesiones de

dos horas semanales, con grupos de ocho pacientes. Cuando finalizó el THRE se inició la TCC para la AN (Garner, Vitousek y Pike, 1997) durante 8 meses en Hospital de Día. Al final del tratamiento y en el seguimiento a los 24 meses, la participante rellenó el mismo protocolo y los terapeutas rellenaron el Inventario de información clínica relevante.

Resultados

Los resultados indican que al finalizar el tratamiento TDC se eliminaron conductas de suicidio, el abuso de sustancias, el abuso de medicación y se redujeron significativamente las conductas parasuicidas (cortes en los brazos, piernas y arañosos). El nivel de actividad global (EEAG) se incrementó considerablemente. En este sentido, la paciente retomó la organización de su casa, estableció relaciones nuevas y abandonó las relaciones "tóxicas". Se incorporó a los estudios. Hay que destacar que al finalizar el grupo DBT la paciente ya no precisaba de tratamiento farmacológico. Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento a los 24 meses, momento en el que ya no presentaba conductas parasuicidas. Estos resultados los podemos ver en la tabla 1.

Respecto a las medidas de autoinforme, podemos ver como al finalizar el tratamiento se observó una disminución de la sintomatología depresiva (BDI-II), de la sintomatología de ansiedad (STAI-R) y en la impulsividad en general (BIS-11). Se produjo un incremento en la percepción del control de las emociones (ACQ) en las 3 subescalas (Control Emocional, Control Miedo y Control Estrés). Se produjo una mejoría clínicamente significativa en la Calidad de Vida (ICV) de la paciente, resultados que van en la línea de los cambios anteriormente comentados. Estos resultados se mantenían a los 24 meses. Las puntuaciones de las medidas de autoinforme los podemos ver en la tabla 2.

Respecto a las medidas características de la AN después del tratamiento con TDC, se eliminó la sintomatología más impulsiva como son las conductas purgativas, el abuso de laxantes y diuréticos. Sin embargo, se mantuvo el patrón restrictivo (RS) de alimentación, alcanzando peso mínimo al finalizar el tratamiento TDC (IMC= 16.7). Al finalizar la TDC la paciente aceptó el tratamiento centrado en la AN. Solo después del TCC para la AN la paciente alcanzó el peso meta (IMC = 22) y se normalizó el patrón de restricción alimentaria (RS) a un nivel subclínico, manteniéndose a los 24 meses. Al finalizar el tratamiento y en el seguimiento la paciente no necesitaba tratamiento farmacológico. Las medidas de sintomatología de la AN se pueden ver en la tabla 3.

Tabla 1. Medidas de Información Clínica Relevante

INFORMACIÓN CLÍNICA	EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO	EVALUACIÓN POST TRATAMIENTO TDC	SEGUIMIENTO 24 MESES
Nº Intentos de Suicidio/Último Año	2	0	0
Nº Conductas Parasuicidas/Último Año	52	4	0
Nº Conductas Desadaptativas de Regulación del Afecto semanal	4	1	1
Abuso de medicación	7	0	0
Abuso de sustancias	7	0	0
EEAG (DSM-IV-TR)	56	70	75
Tratamiento Farmacológico	Topiramato, Alprazolam, Risperidona.	Sin medicación	Sin medicación

EEAG= Escala de evaluación de la Actividad Global (DSM-IV-TR, APA, 2000); TDC= Terapia Dialéctica Conductual.

Tabla 2. Medidas de Autoinforme

MEDIDAS DE AUTOINFORME	EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO	EVALUACIÓN POST TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO 24 MESES
BDI-II	45	3	7
STAI-Rasgo	49	14	20
ACQ Control Emocional	5	21	14
ACQ Control Miedo	7	30	28
ACQ Control Estrés	0	11	14
ICV	3,8	8,3	8,9
BIS-11	65	45	51

BDI-II= Beck Depression Inventory-II; STAI-Rasgo= State Trait Anxiety Inventory; ACQ= Anxiety Control Questionnaire; ICV= Índice Calidad Vida; BIS-11= Barratt Impulsiveness Scale

Tabla 3. Medidas de sintomatología Anorexia Nerviosa

	EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO	EVALUACIÓN POST TRATAMIENTO TDC	EVALUACIÓN POST TRATAMIENTO TCC	SEGUIMIENTO 24 MESES
Índice de Masa Corporal	17,5	16,7	22	22,5
Abuso de laxantes y diuréticos (semanal)	7	0	0	0
RS	20	21	15	14

TDC: Terapia Dialéctica Conductual; TCC: Terapia Cognitivo Conductual; RS= Restraint Scale

Discusión

El objetivo principal de este trabajo es ofrecer datos preliminares de la eficacia de la TDC después de 6 meses de tratamiento y con el seguimiento a los 24 meses. Para ello utilizamos la metodología de estudios de caso en una paciente con TLP y AN resistente a los tratamientos centrados en el TCA.

Los resultados nos indican que la TDC ha resultado eficaz en la reducción de la sintomatología más impulsiva y conductual, sintomatología suicida y parasuicida, de la sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa. Ha producido la eliminación de conductas de escape emocional (abuso de sustancias y medicación) y por otro lado ha producido un aprendizaje de habilidades para el manejo de las emociones y la impulsividad (habilidades de regulación emocional), así como ha generado cambios en el estilo de vida de la paciente que le ha llevado a una mejor calidad de vida clínicamente significativo. Estos resultados se han mantenido en el seguimiento a los 24 meses.

Respecto a la sintomatología característica de la AN, durante la intervención con TDC se eliminaron las conductas purgativas e impulsivas. Sin embargo, se mantuvo el patrón de restricción alimentaria, resultado esperable ya que la TDC no interviene en la psicopatología específica de la AN (García Palacios y cols., 2010). Sin embargo al finalizar la TDC, una vez la paciente adquirió estrategias de regulación emocional y comprendió la funcionalidad de la AN como una forma de regulación emocional desadaptativa, que está interfiriendo en su calidad de vida en los últimos 15 años y que mantiene a su vez muchos de los problemas de inestabilidad emocional (por ej. vulnerabilidad debida a la desnutrición o las conductas purgativas), aceptó la intervención de TCC para la AN obteniendo un alta clínica en 8 meses de tratamiento con un IMC = 22. Al finalizar el tratamiento presentaba un patrón alimentario normalizado y autónomo. Estos resultados se mantuvieron a los 24 meses de seguimiento. Hay que recordar que esta misma paciente había rechazado y abandonado en varias ocasiones tratamientos centrados en el TCA exclusivamente.

Los resultados son similares a los encontrados en otros trabajos que han aplicado la TDC a la BN y al trastorno por atracón (Chen y cols., 2008; García Palacios y cols., 2010). Estos resultados van en la línea de otros autores (Fairburn, y cols., 2009; Murphy y cols., 2010) que sugieren que en casos de psicopatología asociada a los TCA, la intervención debe ampliarse hacia los aspectos centrales en la psicopatología del TA y en los casos de comorbilidad con TLP debería añadirse componentes de terapia dirigidos a aspectos básicos regulación emocional. Que-

remos destacar que el tratamiento que hemos aplicado se componía de 6 meses de tratamiento TDC y 8 meses de TCC para la AN, un total de 14 meses de tratamiento. Las ampliaciones de la TCC para los TA que actualmente se están proponiendo (Fairburn, y cols., 2009) enfatizan la necesidad de no menos de 10 meses de tratamiento para las pacientes con AN sin TLP. Pensamos que es una integración de intervenciones (TDC + TCC) que puede mostrarse útil en contextos clínicos para este tipos de pacientes.

Entendemos que esto es solo un estudio de caso y que las conclusiones que hemos obtenido pueden extenderse a casos muy similares al nuestro.

Como conclusión a esta discusión, los resultados que mostramos confirman la eficacia preliminar de la TDC para los casos de AN con comorbilidad con TLP resistentes a los tratamientos y nos anima a continuar con un estudio clínico controlado.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders third edition*. Recuperado el 24 de septiembre de 2008, desde <http://www.psychiatryonline>
- Beck, A. T, Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. In J. T. Spence and C. E. Izard (Eds.), *Motivation, Emotion and Personality* (pp. 137-146). Elsevier Science, North Holland.
- Barratt, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. A. y Felthous, A. (1997). Neuropsychology and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061.
- Bruce, K. R. y Steiger, H. (2005). Treatment implications of Axis II comorbidity in eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 13, 93-108.
- Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R. y Linehan, M. M. (2008). Dialectical Behaviour Therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 505-512.

- Fairburn, C., Cooper, Z. y Doll, H.A. (2009). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60 week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A. y Doll, H.A., (1993) Predictors of 12 month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-698.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. W. y Benjamin, L. S. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- García Palacios, A., Navarro, M. V., Guillen, V., Marco, H. y Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctica comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Psicología Conductual*, 18, 197-216.
- Garner, D.M., Vitousek K.M. y Pike K.M. (1997). Cognitive-Behavioral Therapy for AN. En Garner, D.M., y Garfinkel, P.E. (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 94-143). New York: Guilford Press.
- Hermán, C. P. y Polivy, J. (1988). Anxiety, restraint and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 66-72.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M., M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., Korslund, K., Tutek, D. Reynolds, S. y Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. y Gallop, R. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 999-1005.
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the Issues?. *European Eating Disorders Review*, 8, 198-216.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Nagata, T. y Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 399-408.
- Mezzich, J., Ruipérez, M., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S., (2000). The Spanish Version of the Quality of Life Index: Presentation and Validation. *Journal of Nervous y Mental Disease*, 188, 301-305.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z. y Fairburn, C., (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R.M. (2006). La evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria. En Caballo, V. (Ed.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 211-233). Madrid: Pirámide.
- Perpiñá, C., Marco, J.H., Botella, C. y Baños, R. (2004). Tratamiento de la Imagen Corporal en los trastornos alimentarios mediante tratamiento cognitivo-comportamental apoyado con realidad virtual: resultados al año de seguimiento. *Psicología Conductual*, 12 (3), 519-537.
- Pike, K.M., Devlin, M.J. y Loeb, K.L. (2003). Cognitive-Behavioral therapy in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. In Thompson, J.K. (Ed.) *Handbook of eating disorders and obesity* (pp.131-162). Wiley and sons.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.
- Selva, G., Bellver, F. y Carabal, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (Eds.), *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica* (pp. 17-39). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Soler, J., Pascual, J. C. Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., Alvarez, E. y Pérez, V. (2005). Double blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1221-1224.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (form y): Self evaluation questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Reheiser, E. C., Ritterband, L. M., Sydeman, S. J. y Unger, K. K. (1995). Assessment of emotional states and personality traits: measuring psychological vital signs. En Butcher J. N. (Ed.), *Clinical Personality Assessment: Practical Approaches* (pp. 42-58). Nueva York: Oxford University Press.

Van den Bosch, L., Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R. y Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.

Recibido: 8-9-11

Aceptado: 1-2-12

Abstract: The Borderline Personality Disorder (BPD) appears frequently associated to the Eating Disorders (AN), what involves a greater difficulty and worse prognosis in the treatment. One of the programs of treatment that has showed empirical efficiency is the Dialectical Behavioral Therapy (DBT). The aim of this work is to offer data of a case study of a patient diagnosed with Anorexia Nervosa (AN) and TLP resistant to treatments, which applies a treatment of DBT and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for the AN. The results of this study showed decreases in desadaptative behaviors to regulate affect, self-mutilation behaviors, suicide attempt, anxiety and the achievement of normal depressive symptoms, and normal weight. These results were maintained in a 24 months follow-up.